

## דף הסבר לחבר הפונה בבקשה לסיוע מ"קרן הרווחה" של "קרן מכבי"

### Notice explicative pour un membre qui dépose une demande d'aide auprès de

#### « Keren Harevacha » de « Keren Maccabi »

חבר/ה יקר/ה

עמותת "קרן מכבי" מסייעת לחבריה אשר הכנסתם הינה מתחת לקו העוני או קרוב אליו כהגדרתו בביטוח הלאומי אשר זקוקים לסיוע במימון טיפולים רפואיים. העזרה תינתן במענק ו/או הלוואה צמודה למדד ללא ריבית.

Cher(ère) Membre,

L'association « Keren Maccabi » aide ses membres dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté ou s'en rapproche, tel que défini par le Bitouach Leumi (Assurance nationale), et qui ont besoin d'aide pour financer des soins médicaux. L'aide est accordée sous forme de subvention et / ou de prêt lié à l'indice, sans intérêts.

פניות החברים נבדקות תוך התייחסות למצב הבריאותי והתחשבות במצב הכלכלי, הסוציאלי וכן לוותק החבר בעמותה (בעלי וותק של שנתיים רצופות לפחות במועד הפנייה).

Les demandes des membres sont examinées en tenant compte de leur état de santé, leur situation financière et sociale ainsi que de leur ancienneté dans l'association (membres avec deux ans d'ancienneté consécutifs au moins, au moment de la demande).

לטופס הפניה יש לצרף את המסמכים הבאים:

Les documents suivants doivent être joints au formulaire de demande:

- טופס הצהרה על הכנסות מלא וחתום + אישורי הכנסות (שלושה תלושי שכר אחרונים של שני בני הזוג ו/או כל אישור מקביל על גובה ההכנסות הכוללות)
- Un formulaire de déclaration des revenus complet et signé, ainsi que des attestations de revenus (trois dernières fiches de paie des deux conjoints et / ou toute autre attestation du total des revenus).
- מסמכים רפואיים המתייחסים למצב הבריאותי- בציון אבחנות רפואיות.
- Documents médicaux sur l'état de santé – mentionnant un diagnostic médical.
- הפניה מגורם רפואי/ פארה רפואי של מכבי, המפרטת את הסיוע המבוקש לו נזקק מגיש הבקשה.
- Référence d'un organisme médical / paramédical de Maccabi, décrivant l'aide dont la personne, dans le besoin, fait la demande.
- הצעת מחיר על הסיוע המבוקש (חשבונית מס במידה וכבר שולם).
- Devis sur l'aide demandée (facture avec TVA, si elle a déjà été payée).

ועדת הרווחה רשאית לבקש תדפיסי בנק במידה ויידרש.

La commission de bien-être peut demander des relevés bancaires, si nécessaire.

לידיעתך, הטיפול בבקשת הסיוע יתבצע רק לאחר העברת כלל הטפסים והמסמכים הנדרשים בשלמותם. הגשת הפנייה תיעשה באמצעות סניף מכבי הקרוב למקום מגוריך, בצירוף המסמכים כמצוין לעיל. משך הטיפול הצפוי בבקשה: כחודש ימים ממועד הגעת הבקשה עם כלל המסמכים לוועדה.

Pour votre information, le traitement de la demande d'aide sera pris en charge uniquement après réception de tous les documents requis.

La demande devra être déposée à l'agence Maccabi proche de votre domicile, avec les documents joints précités.

La durée du traitement prévue : environ un mois à compter de la date de réception de la demande par la commission, ainsi que toutes les pièces jointes.

**במידה ויאושר הסיוע ע"י קרן הרווחה של קרן מכבי יזוכה חשבון הבנק ממנו נגבים דמי החבר.**

Dans la mesure où l'aide a été acceptée par Keren Harevacha de Keren Maccabi, le compte bancaire duquel la cotisation du membre est débitée sera crédité.

**סיוע בגין תרופות יוענק במעמד הרכישה בבית המרקחת שבהסדר עם מכבי, באופן אוטומטי ללא צורך בהעברת קבלות. זאת למעט בתי מרקחת סופר פארם.**

L'aide pour des médicaments sera accordée, automatiquement, au moment de l'achat dans une pharmacie ayant des accords avec Maccabi, sans nécessiter la remise de reçus. Ceci ne s'applique pas aux pharmacies de Super Pharm.

**מידע נוסף אודות היקף הסיוע והקריטריונים המנחים ניתן לראות באתר האינטרנט בכתובת:**  
**www.keren-maccabi.co.il**

Vous trouverez des informations supplémentaires concernant l'ampleur de l'aide et les critères fixés, sur le site Internet à l'adresse :

www.keren-maccabi.co.il

**את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.**

Le formulaire de demande ne doit être rempli qu'en hébreu.

בברכת בריאות שלמה,

En vous souhaitant une excellente santé,

**"קרן מכבי"**

**Keren Maccabi**

**טופס פנייה ל"קרן הרווחה" של "קרן מכבי"**

**Formulaire de demande à « Keren Harevacha » de « Keren Maccabi »**

את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.

Le formulaire de demande ne doit être rempli qu'en hébreu.

**A. Informations sur le demandeur**

א. פרטי מגיש הבקשה

עיסוק Occupation	מצב משפחתי État civil	מין Sexe	תאריך לידה Date de naissance	שם משפחה Nom de famille	שם פרטי Prénom	1. תעודת זהות Numéro d'identité
	ר / נ / ג / א / פ C/M/D/V/P	נ / ז M / F				
דוא"ל E-mail	טלפון נייד Téléphone portable	טלפון Téléphone	עיר Ville	שכונה Quartier	מס' בית Numéro d'appartement	רחוב Rue

ב. פרטי בן / בת הזוג

**B. Informations sur le conjoint / la conjointe**

עיסוק Occupation	מצב משפחתי État civil	מין Sexe	תאריך לידה Date de naissance	שם משפחה Nom de famille	שם פרטי Prénom	1. תעודת זהות Numéro d'identité
	ר / נ / ג / א / פ C/M/D/V/P	נ / ז M / F				
דוא"ל E-mail	טלפון נייד Téléphone portable	טלפון Téléphone	עיר Ville	שכונה Quartier	מס' בית Numéro d'appartement	רחוב Rue

ג. פרטי בני משפחה נוספים בגינם מוגשת הבקשה

C. Informations sur les autres membres de la famille pour lesquels la demande est déposée

הערות Commentaires	מין Sexe	תאריך לידה Date de naissance	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Nom de famille	1. תעודת זהות Numéro d'identité
	נ / ז M / F				
הערות Commentaires	מין Sexe	תאריך לידה Date de naissance	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Nom de famille	2. תעודת זהות Numéro d'identité
	נ / ז M / F				
הערות Commentaires	מין Sexe	תאריך לידה Date de naissance	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Nom de famille	3. תעודת זהות Numéro d'identité
	נ / ז M / F				
הערות Commentaires	מין Sexe	תאריך לידה Date de naissance	שם משפחה Фамилия	שם פרטי Nom de famille	4. תעודת זהות Numéro d'identité
	נ / ז M / F				

ד. מס' נפשות במשפחה (ילדים – מתחת לגיל 18 בלבד) \_\_\_\_\_

D. Nombre de personnes dans la famille (enfants – âgés de moins de 18 ans seulement)

פירוט קצר של הבקשה

Brève description de la demande

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

האם ההוצאה שוטפת / חד פעמית

---

S'agit-il de dépenses courantes ou d'une dépense unique \_\_\_\_\_

סה"כ גובה ההוצאות הצפוי

---

Montant total des dépenses prévues \_\_\_\_\_

תאריך ההוצאה

---

Date de la dépense \_\_\_\_\_

במקרה שפנית לגורמים נוספים (חברת ביטוח, מגן כסף / זהב ועוד) בבקשה לסיוע במימון, אנא ציין  
הגורמים וגובה הסיוע

---

Si vous vous êtes adressé à d'autres organismes (compagnie d'assurance, Magen Kessef / Zaav et  
autre), pour une aide financière, veuillez indiquer leurs noms et le montant de l'aide

---

(נא לצרף העתק תשובתם לפנייתך).

(Veuillez joindre une copie de leur réponse à votre demande).

שם מגיש הבקשה \_\_\_\_\_  
Nom du demandeur

הקרבה לחבר \_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec le membre

חתימת מגיש הבקשה \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

תאריך \_\_\_\_\_  
Date

**הצהרת הכנסות**

**Déclaration de revenus**

**פרטים על הכנסות:**

**שכיר:** יצרף תלושי משכורת של 3 חודשים אחרונים ומסמכים נוספים בהתאם לסוג ההכנסה.

**Informations sur le revenu :**

**Salarié :** joindre une copie des 3 dernières fiches de paie, et les documents supplémentaires en fonction du type de revenu.

**עצמאי:** יצרף צילום דו"ח שומה ואישור הכנסות מרו"ח.

**Indépendant :** joindre une copie du rapport d'estimation de l'impôt et une attestation de revenus par le comptable.

**מקבל קצבה:** יצרף אישורי ביטוח לאומי.

**Bénéficiaire d'une allocation :** joindre une attestation du Bitouach Leumi.

בן/בת הזוג Conjoint /e		החבר המצהיר Membre déclarant		מקור הכנסה Source de revenu	
נכון לתקופה comme de la période	הכנסה חודשית ברוטו Revenu mensuel brut	נכון לתקופה comme de la période	הכנסה חודשית ברוטו revenu mensuel brut		
				משרה ראשית Poste principal	1. שכיר: Salarié
				משרה משנית Poste secondaire	
				2. עצמאי (מלאכה, עסק, שותפות, מסחר) <b>Indépendant</b> (métier, entreprise, partenariat, commerce)	
				3. פנסיה בישראל (כולל קופות גמל) <b>Pension en Israël</b> (y compris caisse de retraite)	
				4. דמי שכירות (בית או נכסים אחרים) <b>Frais de location</b> (maison ou autres biens)	
				5. פנסיה מחו"ל (כולל רנטה או תשלומים) <b>Pension de l'étranger</b> (y compris une rente ou des versements)	
				6. תגמולים ממשדד הביטחון <b>Indemnités du Ministère de la Défense</b>	
				7. קצבה מביטוח לאומי (זקנה, שארים, נכות, השלמת הכנסה אבטלה, ילדים, קצבת ילד נכה, אבטלה, שירותים מיוחדים וכו') <b>Allocations du Bitouach Leumi</b> (vieillesse, de survie, invalidité, revenu complémentaire, chômage, enfants, pour enfant handicapé, services particuliers, etc.)	
				8. מקור אחר (סיוע ממשדד השיכון, מזונות, "כולל" וכו') <b>Autre source</b> (aide du Ministère du Logement, Colel, pension alimentaire, etc.)	
				סה"כ הכנסות חודשיות ברוטו <b>Total des revenus mensuels bruts</b>	

### הצהרה

אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים וכי אין לחבר המצהיר ולבת/ בן הזוג הכנסה מלבד אלו שפורטו לעיל ואני מרשה ל"קרן מכבי" לבדוק את נכונותם. ידוע לי כי מסירת פרטים בלתי נכונים משחררת את "קרן מכבי" מכל התחייבויותיה כלפי המבקש וכי אחויב לשאת בכל הפסד כספי שיגרם ל"קרן מכבי" עקב הצהרתי זו.

### DÉCLARATION

Je déclare par la présente que toutes les informations fournies ci-dessus sont exactes et que le membre déclarant et son / sa conjoint / e n'ont pas d'autres revenus que ceux précités, et j'autorise le Fonds « Keren Maccabi » à vérifier leur exactitude. J'ai pris connaissance qu'une fausse déclaration dégage « Keren Maccabi » de toute obligation à l'égard du demandeur et que toute perte financière causée à « Keren Maccabi » à la suite de ma présente déclaration sera à ma charge.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ קרבה למבקש: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Numéro d'identité : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**את טופס הבקשה יש למלא בעברית בלבד.**

**Le formulaire de demande ne doit être rempli qu'en hébreu.**